UNIVERSITE D'ALGER

ACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 196..... N°.....

BILAN STATISTIQUE DES ROUGEOLES HOSPITALISEES A LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES de l'Hôpital d'El Kettar durant les années 1966-1967

Analyse clinique des formes mortelles (à propos de 129 cas)

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

présenté et soutenu publiquement le ..... Juillet 1968

par

Mr MALEK BACHIR

né le 2 décembre 1938, à El Eulma

MEMBRES DU JURY

M.A. MERIOUA, Professeur de Clinique Médicale	Président
A MARGAIRAZ, Maître de Conférence Agrégé (Maladies infectieuses)	Juges
B. OULD ROUIS, Maître de Conférence Agrégé (Maladies infectieuses)	
B. KHATI, Maître de Conférence Agrégé ..... (Clinique de Pédiatrie et Puériculture)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0007

U N I V E R S I T E D' ALGER

F A C U L T E M I X T E D E M E D E C I N E E T D E P H A R M A C I E

Année 196_____ N° _____

BILAN STATISTIQUE DES ROUGEOLES HOSPITALISEES A LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES de l'Hôpital d'El-Kettar durant les années 1966 - 1967

- ANALYSE CLINIQUE DES FORMES MORTELLES A PROPOS DE 129 CAS -

-§-§-§-§-§-§-§-§-

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le_____ Juillet 1968

Par

Mr M A L E K Bachir

Né le 2 Décembre 1938 à EL-EULMA

MEMBRES DU JURY

M.A MERIOUA, Professeur de PATHOLOGIE Médicale — Président

A. MARGAIRAZ, Maître de conférence Agrégé (Maladies Infectieuses) — Juges

B. OULD ROUIS, Maître de conférence Agrégé (Maladies Infectieuses) — Juges

B. KHATI , Maître de conférence Agrégé Clinique de Pédiatrie et Puériculture — Juges

-§- SERMENT D'HIPPOCRATE -§-

En présence des Maîtres de cette Faculté , de mes chers condisciples et selon la tradition d'hippocrate, je promets et je jure d'être fidéle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail . Admis dans l'interieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs péres.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidéle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confréres , si j' y manque .

-§-§-§-§-

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire de mon pére , et de mon frére.

A ma mére à qui je dois tout , un faible témoignage de ma trés respectueuse reconnaissance.

- A MES FRERES ET SOEURS

- A MA FEMME ET MON FILS

- A MES BEAUX PARENTS

- A TOUS LES MIENS

EN TEMOIGNAGE DE MON AFFECTION

- § - A N O T R E P R E S I D E N T D E T H E S E -§-

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERIOUA

Professeur de PATHOLOGIE Médicale.

L'Enseignement clair et précis que vous nous avez dispensé dès nos premières années d'études nous a profondément marqué.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider le Jury de cette thèse. Permettez nous de vous exprimer notre profonde gratitude et notre respectueuse reconnaissance.

- §- A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAIRAZ -§-

MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

(Maladies Infectieuses)

Qui nous a inspiré le sujet de cette thése et n'a cessé dans l'élaboration de ce travail de nous guider et de nous prodiguer ses précieux conseils avec une patience sans égale, nous recevant toujours avec la même cordialité .

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre entier dévouement.

-§- A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. OULD ROUIS -§-

MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

(Maladies Infectieuses)

Qui nous a donné tant de preuves de sa sympathie ,au cours de notre stage à El-Kettar il nous a appris la valeur d'in interrogatoire et d'un examen attentifs , la nécessité de l'analyse minutieuse et objective des signes cliniques et des résultats de Laboratoire.

Nous lui restons infiniment reconnaissant de l'affection qu'il nous a accordée et nous l'assurons de notre profond attachement.

-§- A MONSIEUR LE PROFESSEUR B.KHATI MAITRE DE CONFERENCE AGREGE -§-

(Clinique de Pédiatrie et Puériculture)

C' est à son contact que nous avons appris à comprendre et à aimer le malade. Nous n'oublierons jamais l'intérêt qu'il nous a toujours manifesté tout au long de nos études et la part déterminante qui lui revient dans notre formation de médecin.

Nous avons toujours admiré son érudition et son esprit de synthèse.Qu'il nous soit permis ici de lui exprimer toute l'affection et la reconnaissance que nous lui temoignons .

-§- A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. AIT -KHALED -§-

MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

(Maladies Infectieuses)

-§- A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DRIF -§-

MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

(Réanimation)

A TOUS LES MEDECINS ET INTERNES

D' EL- KETTAR

Avec toute ma sympathie

- A tous mes amis

- A tout le personnel de l'hôpital d'El- Kettar .

Je dédie cette thése

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

- Bilan statistique des cas de rougeole hospitalisés à la clinique des maladies infectieuses de l'Hôpital Civil d'El-Kettar d'ALGER, durant les années 1966-1967 analyse clinique des formes mortelles.

I N T R O D U C T I O N

Lors de notre stage à El-Kettar nous avons été frappés par le nombre relativement élevé de décès par rougeole.

Ce fait nous a incité à faire une étude plus poussée sur ces formes mortelles.
Aussi, avons nous fait le bilan statistique des rougeoles mortelles hospitalisées à l'Hôpital d'El-Kettar durant les années 1966-1967.

A partir de ces dossiers de rougeole, nous avons retenus les les faits suivants :

- 1°/ Dans 60 % des cas, il s'agit de nourrissons de moins d'un an.
- 2°/ 60 % des rougeoleux hospitalisés sont décédés le jour même de leur hospitalisation.

3°/ Dans leur grande majorité, il s'agissait de nourrissons hypotrophiques dont les conditions socio-hygiéniques étaient nettement insuffisantes.

4°/ Du point de vue clinique, ces enfants arrivaient presque toujours dans un état très grave en insuffisance respiratoire aiguë avec convulsions, troubles de la conscience, paralysie, et très souvent hyperthermie.

Du point de vue évolution et pronostic, la mort est survenue souvent dès le premier jour d'hospitalisation dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë sans que l'on puisse préciser dans la plupart des cas le primum moyen de cette insuffisance respiratoire aiguë.

Au total, on peut dire que la rougeole demeure une affection grave.

- Nous avons dépouillé 662 dossiers de rougeoles hospitalisées à la clinique des maladies infectieuses d'El-Kettar durant les années 1966-1967.

  Parmi ces dossiers nous avons relevé 129 décès. C'est l'analyse clinique de ces 129 cas qui fait l'objet de notre travail.

- Dans ce travail portant sur 129 cas de formes mortelles de rougeole nous avons tenté d'analyser successivement

I- Les circonstances Etiologiques

II- Les manifestations cliniques

III- Le Pronostic d'ensemble et les conclusions qui peuvent éventuellement en découler.

I - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Dans ce premier chapitre consacré aux circonstances étiologiques nous allons envisager successivement :

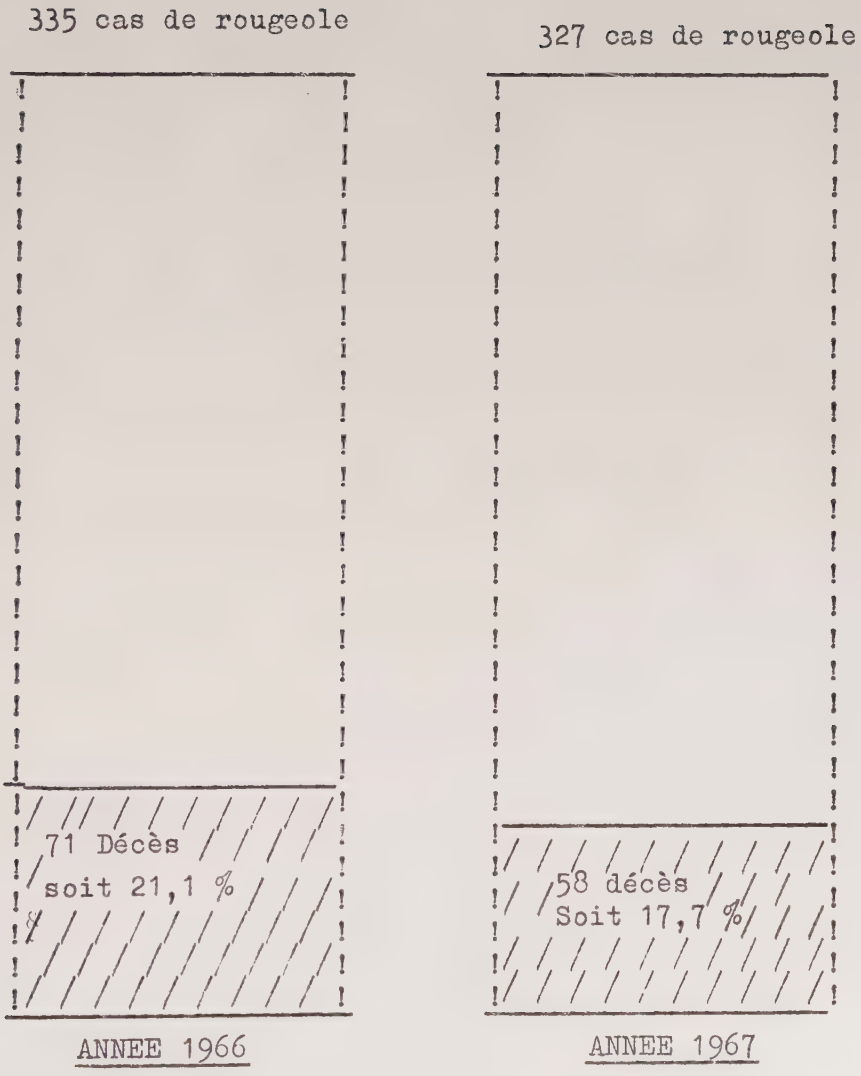
- l'incidence de l'épidémiologie générale de la maladie.
- le terrain : c'est à dire :
  - l'âge de l'enfant
  - son état trophique général.

EPIDEMIOLOGIE GENERALE

Dans le cadre générale de la rougeole nous avons essayé de voir l'importance relative que revêtait ces formes mortelle Dans le tableau N° 1 nous avons fait figurer le nombre de cas mortels par rapport au nombre total de rougeoles hospitalisées durant les années 1966- 1967.

TABLEAU N° I

MORBIDITE ET MORTALITE PAR ANNEE



Nombre de décès par rapport au nombre total d'hospitalisations par année.

De ce tableau, il ressort que pratiquement sur cinq rougeoles hospitalisées il y a eu un décès.

Mais ceci ne nous renseigne pas d'une façon absolue sur la morbidité générale de la maladie, étant donné que, pratiquement, seuls les rougeoleux graves sont hospitalisés .

Nous avons essayé de voir dans les tableaux II et II Bis si l'incidence de cette mortalité pouvait relever de conditions épidémiologiques particulières en fonction des saisons, c'est à dire, si, à l'occasion d'une poussée épidémique on pouvait relever une accentuation importante des formes mortelles.

TABLEAUX II et II BIS.

Dans ces tableaux on remarque qu'en dehors des premier trimestre 1966 et dernier trimestre 1967 où il y a un pourcentage élevé de 32 % et de 37 % de décès, les formes mortelles représentent grossomodo le même pourcentage.

MORBIDITE ET MORTALITE par TRIMESTRE

ANNEE 1966

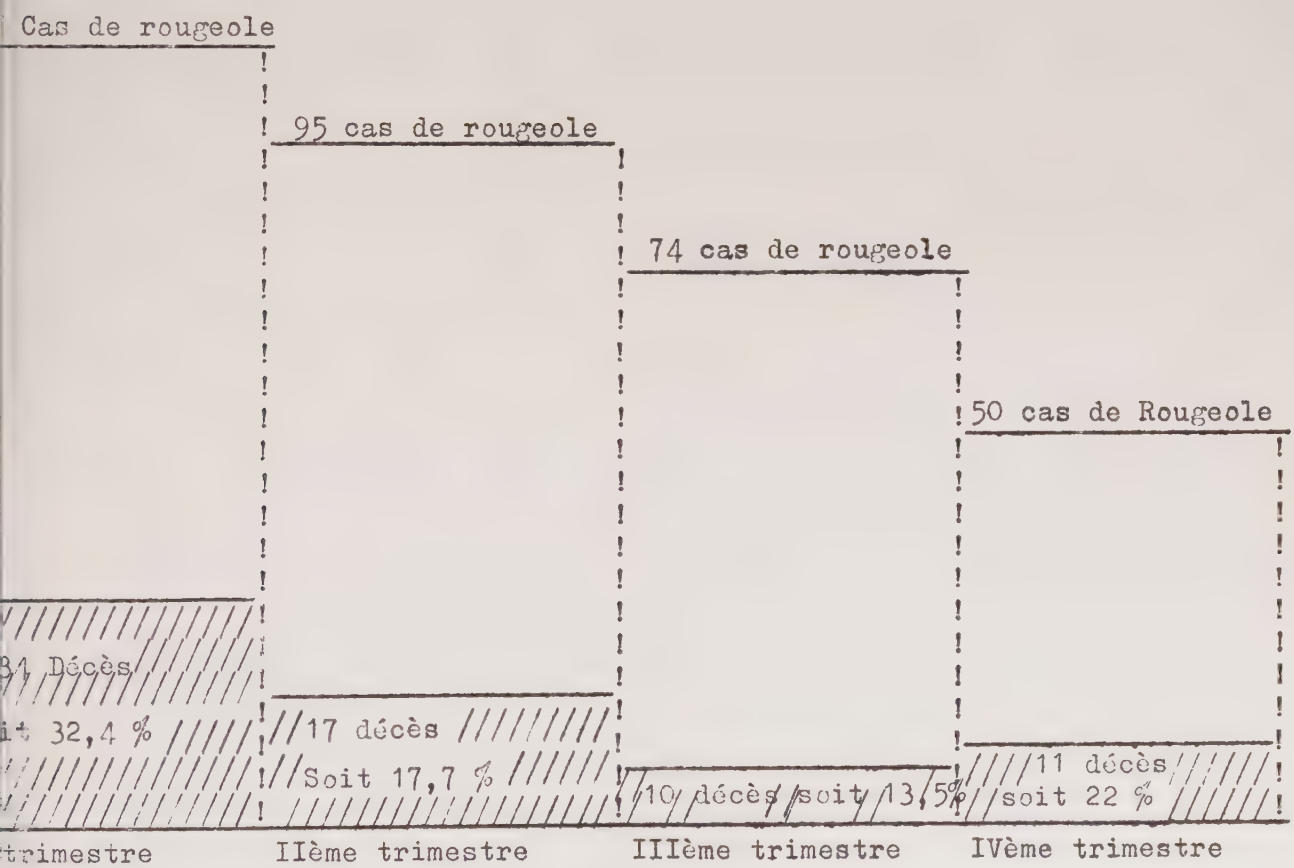
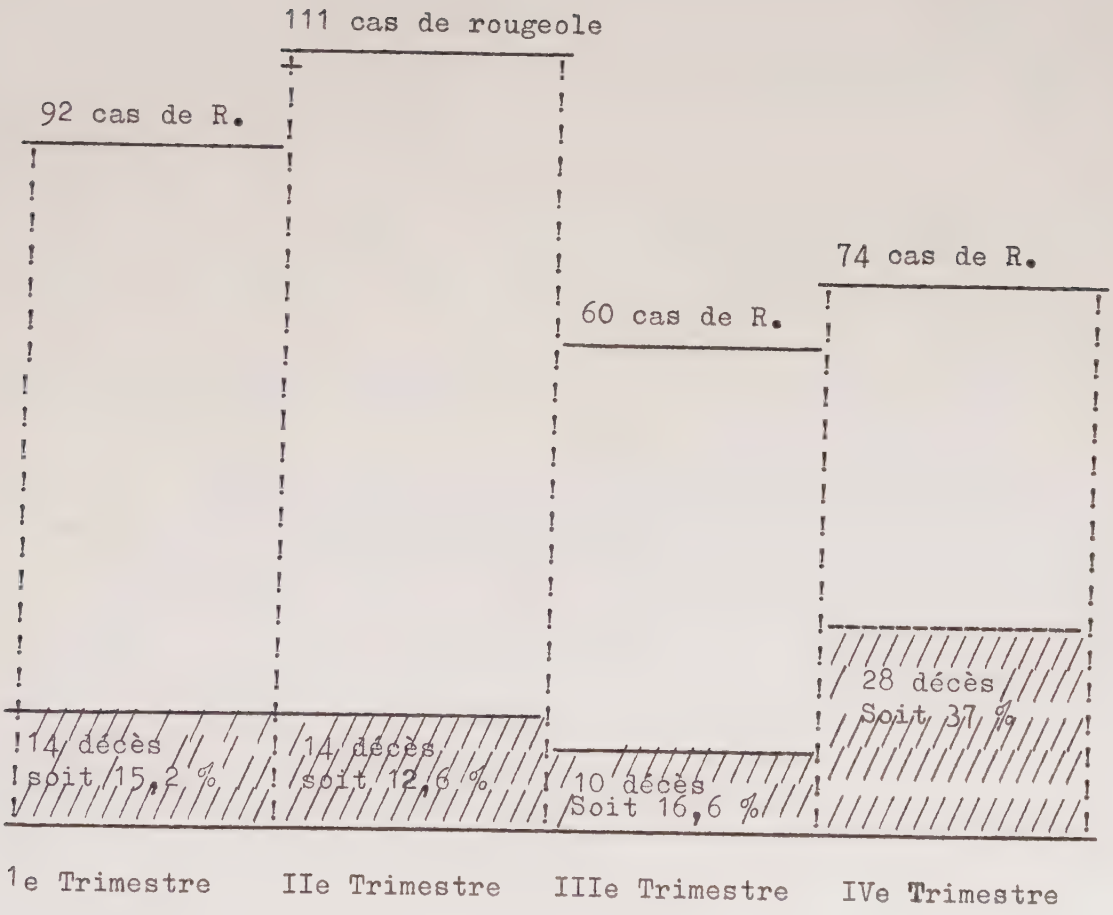
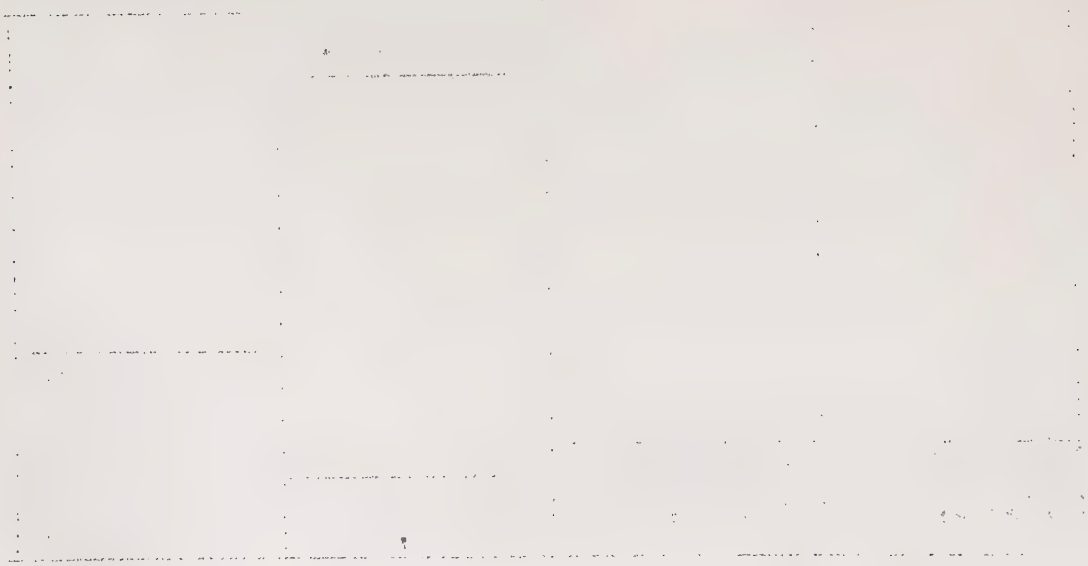


TABLEAU N° II BIS

MORBIDITE et MORTALITE par TRIMESTRE

ANNEE 1967





TERRAIN

Nous nous sommes demandés si le terrain sur lequel survenait la rougeole ne jouait pas un rôle déterminant dans l'évolution vers la forme mortelle.

Aussi, avons nous étudié successivement l'incidence de l'âge des enfants et celle du terrain en général.

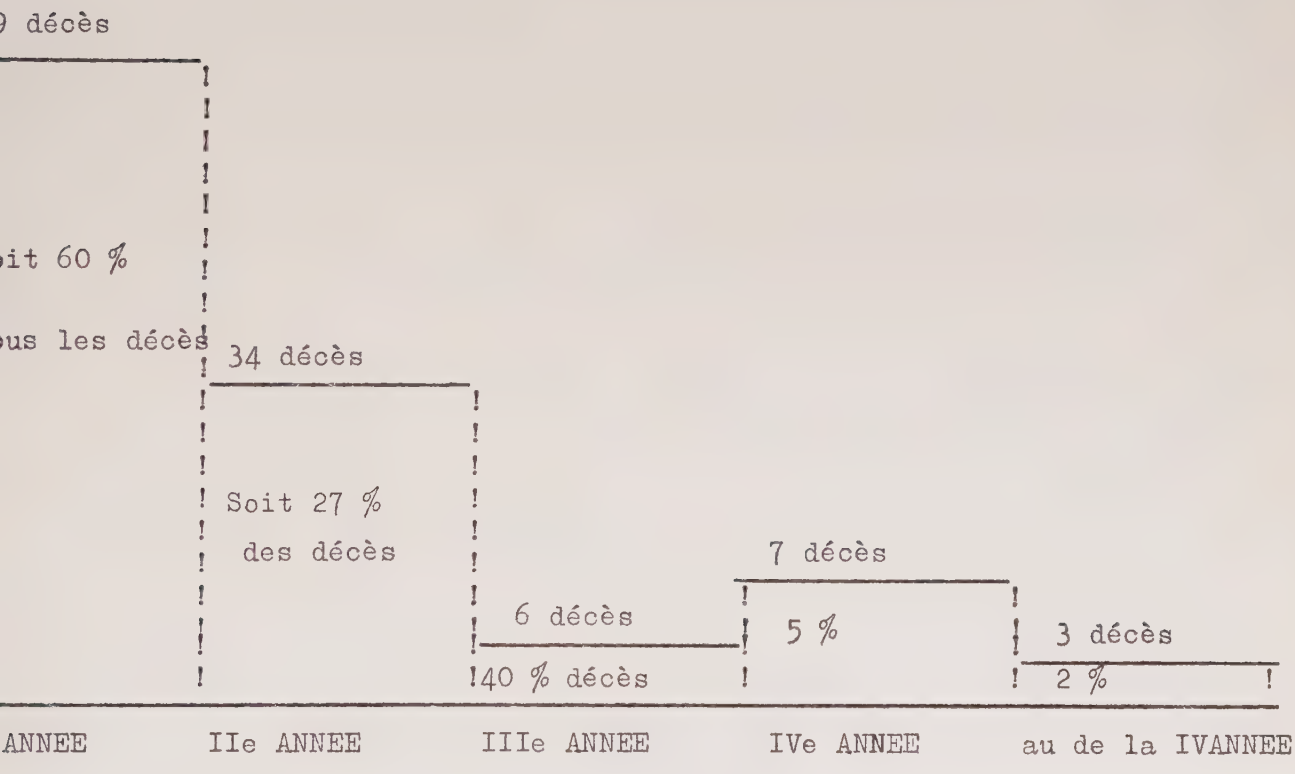
A) INCIDENCE DE L'AGE

Dans le tableau N° III nous avons fait figurer la répartition de nos 129 malades en fonction de leur âge.

TABLEAU N° III

MORTALITE par ANNEE D'AGE

REPARTITION des 129 DECES EN FONCTION DE L'AGE



Il ressort de ce tableau que plus de 60 % de nos malades avaient moins d'un an.

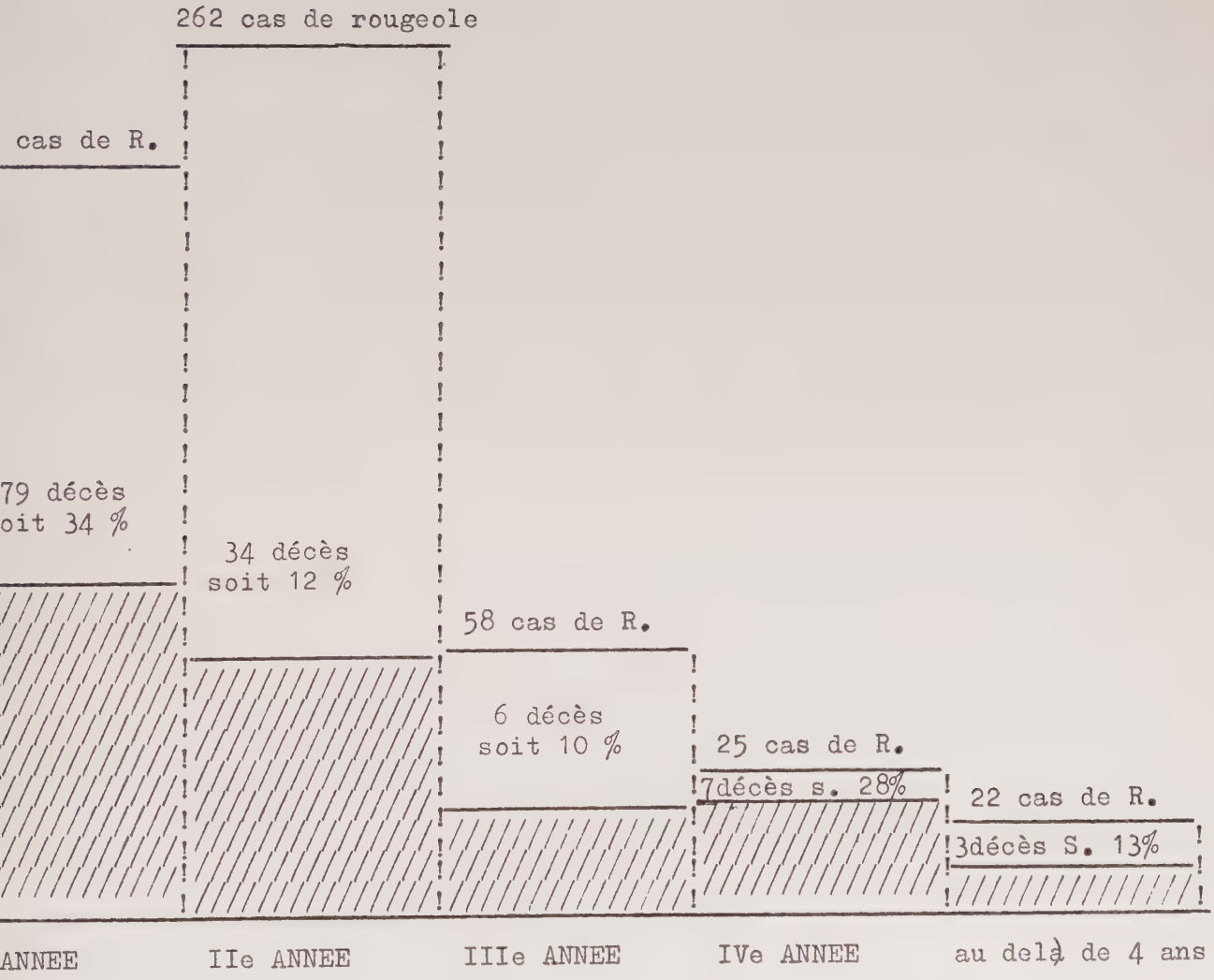
Bien entendu, il faut se demander si cette prédominance des morts durant la première année ne correspond pas au maximum de fréquence de la rougeole elle-même.

C'est pour cela que nous avons fait figurer dans le tableau N° 4 le pourcentage de décès en fonction des rougeoles de même âge.

(Tableau N° 4)

TABLEAU N° IV

MORBIDITE et MORTALITE par ANNEE d'AGE



Dans ce tableau, il ressort que le plus grand nombre de décès ne correspond pas au plus grand nombre de rougeoles et il faut souligner l'importance particulière de la mortalité qui est de 34 % pour la première année, et de 12 % pour la seconde année, alors que c'est dans cette dernière catégorie que se recrute le plus grand nombre de rougeoleux.

Nous avons aussi calculé la moyenne d'âge des 662 rougeoleux hospitalisés :

Elle est de 26 mois, alors que la moyenne d'âge de nos 129 cas mortels n'est que de 14 mois.

B) ETAT GENERAL

En dehors même de la notion d'âge, on peut se demander si le terrain au sens large du terme n'est pas susceptible de jouer un rôle.

En effet, la plupart des enfants hospitalisés sont en mauvais état général, rachitiques, malnutris, vivant dans la promiscuité car le plus souvent, issus de familles nombreuses sans ressources.

Ce problème de l'Etat général est important, mais il est bien difficile à évaluer surtout lorsqu'on se refère à une analyse de dossiers. Le seul élément que l'on puisse analyser est le poids de l'enfant au moment de l'hospitalisation par rapport au poids théorique normal d'un enfant de même âge.

Dans le tableau N° 5 nous avons figuré la répartition de nos malades en fonction du poids. Nous l'avons exprimé en pourcentage par rapport à un tableau de référence.

POIDS THEORIQUE NORMAL

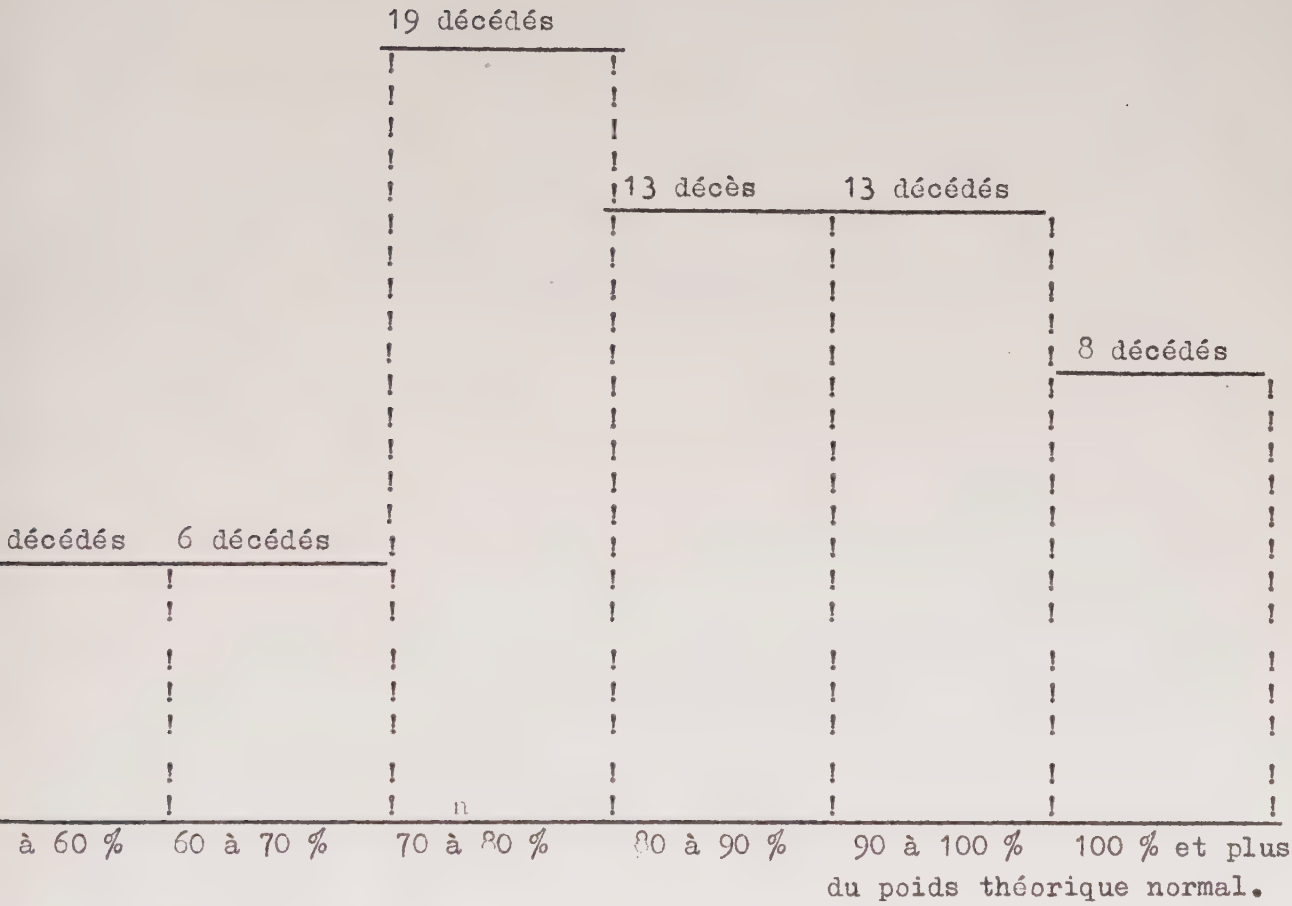
Naissance	3,250 Kgs	18 mois	10,500 Kgs
1 mois	3,750 "	2 ans	12,000 "
2 mois	4,500 "	3 ans	14,5 "
3 mois	5,200 "	4 ans	16,1 "
4 mois	5,900 "	5 ans	17,8 "
6 mois	7,000 "	6 ans	19,9 "
7 mois	7,500 "	7 ans	21,8 "
8 mois	8,000 "	8 ans	24. "
9 mois	8,300 "	9 ans	26,4 "
10 mois	8,600 "	10 ans	29,4 "
11 mois	8,900 "	11 ans	32,6 "
12 mois	9,200 "	12 ans	35,7 "

TABLEAU DE REFERENCE

TABLEAU N° V

P O I D S

Répartition des cas mortels en (f) du poids exprimé en pourcentage (%) par rapport au poids théorique du même âge.



POURCENTAGE EN POIDS PAR RAPPORT A LA NORMALE

Il ressort de ce tableau que la majorité des malades pesés avaient un poids au dessous de la normale.

II - MANIFESTATIONS CLINIQUES

II - ETUDE SEMIOLOGIQUE

- Dans cette etude des symptômes nous envisagerons successivement deux parties :

A) - Le tableau analytique des I29 Cas

B) - L'analyse proprement dite des symptômes .

A) - TABLEAU ANALYTIQUE DES I29 CAS :

- LES OBSERVATIONS -

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Larynglte	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. Hémorragiques	Leucocytose	DECES Par rapport : à date d'éruption d'h
1	12	+	-	-	-	+	+	-	-	-	++	+++	-	-	3 jours ! m J
2	7	+	-	-	N	+++	+++	+	+++	-	++	++	-	++	4 jours ! m J
3	18	-	-	++	N	+	-	++	+++	-	-	+++	-	-	2 jours ! m J
4	11	-	-	-	N	++	-	+++	-	-	-	++	-	+++	? J.
5	48	+	-	-	-	+++	++	-	-	-	-	+++	-	-	4 Jours ! m J.
6	11	+	-	-	-	+++	...	+++	...	-	-	+++	-	-	5 Jours ! m J.
7	10	-	-	-	-	++	-	+++	-	-	-	-	-	-	? ! m J.
8	7	++	+	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	+	-	3 jours ! m J.
9	42	++	+	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	-	++	4 jours ! m J.
10	8	-	-	-	-	++	-	++	+++	-	-	++	-	-	4 jours ! m J.
11	3	-	++	-	-	++	...	+++	...	-	-	-	-	+	? ! m J.
12	35	++	++	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	7 jours ! m J.
13	4	+	++	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	3 jours ! 1 J.
14	10	++	-	-	-	+	-	++	+++	-	-	+++	-	-	4 jours ! 1 J.
15	13	+++	-	-	-	++	+	-	+++	-	++	+++	-	-	4 jours ! m J.
16	11	++	++	++	-	++	...	++	...	-	-	-	-	-	3 jours ! m J.
17	35	+	-	-	-	...	...	++	...	...	...	+++	-	++	5 jours ! m J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Larynégite	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelle	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragique	Leucocytose	à date d'éruption	à date d'hospitalisation
18	9	-	-	-	-	++	-	+++	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
19	8	+	++	-	-	++	-	++	-	-	-	-	-	++	3 jours	m J.
20	24	++	-	-	-	+++	-	+++	+++	-	-	+++	-	-	10 jours	1 J.
21	24	-	-	-	-	++	+++	+	+++	-	-	-	-	-	8 jours	1 J.
22	24	+	-	-	-	+	-	++	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
23	24	-	-	-	-	+++	-	+++	+++	-	-	-	-	-	3 jours	m J.
24	13	+++	+++	-	-	+	-	+	-	-	-	+++	-	-	6 jours	1 jour
25	18	++	-	-	-	++	++	+	+++	-	-	+++	-	++	3 jours	1 J.
26	15	+++	-	++	-	+	-	++	++	-	-	-	-	-	-	29 J.
27	24	+	-	-	-	+++	-	++	++	-	-	+	-	-	3 jours	m J.
28	8	+	++	-	N	++	-	++	++	-	-	++	-	+	1 jour	1 J.
29	6	++	-	-	-	++	-	-	-	-	-	+++	-	+++	2 jours	M J.
30	3	+++	+	-	-	+++	+	+++	+++	-	-	+++	-	-	4 jours	m J.
31	14	-	-	-	-	-	-	-	++	-	-	-	-	++	-	1 J.
32	12	+	++	-	N	-	-	-	+++	-	-	+++	-	-	6 jours	1 J.
33	14	++	++	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	4 jours	m J.
34	16	+++	-	-	-	++	-	-	-	-	-	-	-	-	8 jours	m J.

N°	Age en Mois	Troubles de conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Larynglte	Images Radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragiq	Leucocytose	Par rapport à date d'éruption	à date d'hosp
35	15	+	-	-	-	+++	-	-	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	M J.
36	9	+++	+++	-	-	+++	-	**	+++	-	-	+++	-	-	2 jours	A J.
37	2	+++	++	-	-	++	-	-	-	-	+	-	-	-	3 jours	2 J.
38	12	-	-	-	-	+++	-	-	-	-	-	+++	-	-	-	A J.
39	7	+	-	-	-	+	-	+	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	A J.
40	9	-	-	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	-	++	5 jours	7 J.
41	36	+	-	-	N	+++	-	+++	++	-	-	++	-	-	2 jours	4 J.
42	5	+++	-	-	-	+	-	++	-	-	-	-	+	-	10 jours	1 J.
43	8	-	++	-	-	+++	-	++	-	Eypot	+	+++	-	-	5 jours	1 J.
44	5	+	++	-	-	+	-	-	-	-	-	+++	-	-	3 jours	fT J.
45	2	-	-	-	N	+++	-	-	+++	-	-	+++	-	+++	1 jour	3 J.
46	5	++	++	+	-	+++	+	+	+++	-	-	+++	-	+++	3 jours	A J.
47	?	++	++	-	-	+++	-	-	-	-	-	-	-	-	3 Jours	1 J.
48	6	-	+++	-	-	++	-	++	-	-	-	+++	-	-	5 Jours	1 J.
49	36	+++	-	-	-	+++	-	-	+++	Collap	++	+++	-	Nle	2 jours	A J.
50	9	++	-	-	N	++	-	-	-	-	-	-	-	-	2 jours	A J.
51	15	-	+++	-	-	++	-	-	-	-	-	-	+	-	?	A J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Larynglte	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragique	Leucocytose	Par rapport à date d'eruption à date d'hospi
52	11	+	+	-	N	-	-	-	+	-	-	++	-	++	4 jours / m J.
53	12	+	-	-	-	+++	-	+++	+++	-	-	+++	++	+++	4 jours / m J.
54	7	+	+++	-	-	++	-	-	+++	-	-	+++	-	-	m jour / m J.
55	18	+	+	-	+	++	-	+++	+++	-	-	+++	-	++	4 jours / 2 J.
56	12	+	-	-	N	-	-	-	+++	-	-	+++	-	+++	5 jours / 4 J.
57	6	-	+++	-	+	+	-	++	+++	-	-	+++	-	+++	2 jours / m J.
58	36	-	-	-	-	+++	++	++	+++	-	-	+++	-	-	4 jours / m J.
59	14	+	-	-	-	+++	-	+++	+++	-	-	+++	-	+	3 jours / 3 J.
60	9	+	-	-	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	? / m J.
61	7	-	-	-	-	+	-	++	-	-	-	-	-	-	? / m J.
62	18	++	-	-	-	++	-	++	+++	hypot	+	+++	-	+++	3 jours / 19 J.
63	84	++	-	-	-	+++	-	-	+++	-	-	+++	-	-	2 jours / m J.
64	8	+++	+++	-	+	+	-	++	+++	-	-	+++	-	-	8 jours / m J.
65	12	-	-	-	-	+++	++	+++	+++	-	-	+++	-	++	3 jours / 1 J.
66	7	+++	+++	-	++	+	-	+	+++	-	-	+++	-	+++	3 jours / m J.
67	7	-	-	-	-	++	++	++	+++	-	-	+++	-	-	? / m J.
68	4	+++	-	-	-	+++	-	+++	-	-	-	-	-	-	3 jours / m J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Laryngite	Images radiologique	Tachycardie	Anomalies tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragi	Leucocytose	à date d'éruption	à date d'hosp
69	10	-	-	-	-	+	-	-	+++	-	-	+++	-	+++	-	12 J.
70	4	++	++	-	-	+++	-	+	+++	-	-	+++	-	-	8 jours	m J.
71	-	-	-	-	N	+	-	++	-	-	-	-	-	++	-	5 J.
72	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+++	-	++	10 jours	1 J.
73	15	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+++	-	-	4 jours	m J.
74	5	++	+++	-	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	2 jours	m J.
75	18	-	-	-	-	+++	-	+++	-	-	-	+++	-	++	4 jours	3 J.
76	18	-	-	-	-	+++	-	++	-	-	-	-	-	++	2 jours	m J.
77	18	-	-	-	N	+++	+	++	+++	Collap	++	+++	-	-	15 jours	m J.
78	11	-	++	-	-	+++	-	+++	-	-	-	+++	-	-	1 jour	m J.
79	54	++	-	-	-	++	-	+++	++	-	-	++	-	-	10 jours	m J.
80	3	+	+++	-	N	++	-	+++	-	-	-	+++	-	-	4 jours	m J.
81	30	+++	-	-	N	++	+	+	+++	Hypot	++	+++	-	-	4 jours	m J.
82	12	+++	-	-	-	+++	-	+++	++	-	-	++	-	-	2 jours	m J.
83	7	+	+++	-	-	++	-	-	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
84	7	+++	+++	-	N	++	-	-	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
85	12	-	-	-	-	++	-	-	-	-	-	+++	-	++	-	m J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Larynx Glotte	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelle	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragique	Leucocytose	Par rapport à :
86	12	+++	-	+	-	+++	++	-	-	-	-	-	-	-	3 jours ñ J.
87	4	-	-	-	-	++	-	++	-	-	-	+++	-	-	8 jours ñ J.
88	-	-	-	-	-	++	+++	+	-	-	-	-	-	-	7 jours ñ J.
89	7	-	-	-	-	++	-	++	-	Collap	-	+++	-	-	7 jours 1 J.
90	7	++	-	-	-	+++	-	++	-	-	-	++	+	-	? ñ J.
91	7	-	-	-	-	++	-	+++	+++	-	-	-	-	-	5 jours 3 J.
92	4	+	-	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	-	++	4 jours ñ J.
93	18	-	-	-	-	++	++	++	-	-	-	+++	-	-	? 1 J.
94	42	+	-	-	-	+	-	++	-	-	-	+++	-	-	? ñ J.
95	13	+	-	-	-	++	-	+	-	hypot	-	+++	-	-	3 jours ñ J.
96	7	-	-	-	-	++	+++	+	-	-	-	+++	-	-	ñ Jour ñ J.
97	9	-	++	-	N	+	-	+	-	-	-	-	-	++	5 jours 17 J.
98	12	+++	+++	-	-	++	++	+	+++	-	-	+++	-	-	1 jour ñ J.
99	9	+	-	-	-	++	-	++	+++	-	-	+++	-	++	4 jours 1 J.
100	10	+	++	-	-	++	-	-	-	-	-	+++	-	-	3 jours ñ J.
101	2	-	-	-	-	++	-	-	-	-	-	-	-	-	2 jours 2 J.
102	8	+++	++	+++	+++	++	-	-	++	-	-	-	-	+	2 jours 22 J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Laryngite	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies Tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	E. hémorragique	Leucocytose	Par rapport à date d'Eruption	à date d'hos
103	48	+	-	-	N	++	-	-	+++	-	-	-	-	-	4 jours	m J.
104	20	++	++	+	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
105	24	-	-	-	-	++	+++	++	+++	-	-	+++	++	++	4 jours	4 J.
106	12	++	-	-	-	+	-	++	-	-	-	-	-	+++	4 jours	3 J.
107	16	-	-	-	-	+	-	++	-	Hypot	-	-	-	+	3 jours	16 J.
108	14	+++	++	-	-	++	-	++	-	-	-	+++	-	-	3 jours	1 J.
109	11	-	-	-	-	+++	-	+++	-	-	-	+	-	+++	5 jours	11 J.
110	8	-	-	-	-	++	++	+	++	-	-	-	-	-	m jour	m J.
111	6	+	+	-	N	+	-	+	-	-	-	-	-	++	2 jours	22 J.
112	43	+++	-	-	-	++	-	+	-	-	-	-	-	-	3 jours	m J.
113	12	+	-	-	-	+	-	++	-	-	-	+++	-	++	4 jours	1 J.
114	16	++	-	-	-	++	-	+	+++	Collaps	-	+++	-	-	3 jours	1 J.
115	10	+	-	-	-	+++	-	+++	-	-	-	-	-	N	3 jours	1 J.
116	6	+	+++	-	+	++	+++	+	+++	-	-	-	-	-	4 jours	m J.
117	18	+	+	+	N	+	+	++	-	-	-	+++	-	++	11 Jours	2 J.
118	7	+++	-	-	-	+++	-	+++	+++	Collaps	-	-	-	+	1 jour	m J.
119	8	+	+++	-	-	++	-	+	-	-	-	+++	-	-	4 jours	2 J.

N°	Age en Mois	Troubles de la conscience	Convulsions	Paralysie	L.C.R.	I.R.A.	Laryngite	Images radiologiques	Tachycardie	Anomalies tensionnelles	Refroidissement des extrémités	Hyperthermie	S. hémorragiq	Leucocytose	par rapport à date d'éruption	à date d'hospi
120	18	+	-	-	-	++	-	++	-	-	-	-	-	N	4 jours	1 J.
121	7	+++	+++	-	-	++	-	-	+++	-	-	+	-	-	3 jours	m J.
122	13	++	-	+	-	++	-	++	-	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
123	5	-	+++	-	-	-	-	-	-	-	-	+++	-	-	5 jours	1 J.
124	10	+++	-	-	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	2 jours	m J.
125	10	-	-	-	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	4 jours	m J.
126	5	-	-	-	-	++	-	++	-	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.
127	3	-	-	-	-	+++	-	++	-	Hypot	-	-	-	-	1 jour	m J.
128	24	++	-	-	N	++	+++	++	-	-	-	-	-	+	7 jours	6 J.
129	12	+	-	-	-	+++	-	++	+++	-	-	+++	-	-	3 jours	m J.

B) ANALYSE PROPREMENT DITE DES SYMPTOMES

Dans cette analyse semiologique des rougeoles graves d'évolution mortelle nous allons ètudier successivement .

I° - Les signes d'atteinte de la fonction respiratoire

2° - Les signes d'atteinte du systéme nerveux

3° - Les signes hémodynamiques

4° - Les signes hémorragiques

5° - Les signes infectieux : Hyperthermie , Hyperleucocytose.

I) LES SIGNES D'ATTEINTE DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

Des troubles de la fonction respiratoire ont été notés chez I25 malades soit 95 % des cas.
Ces troubles allaient de la simple polypnée avec battements des ailes du nez au grand syndrome asphyxique avec tirage nitense sus et sous sternal sous diaphragmatique, cyanose extrême .
Ces troubles ont été mentionnés comme intenses dans 40 cas .(Obs nº 2- 5 6 - 20 - 23 - 25 - 27 - 30 - 33 - 34 - 36 - 40 - 43 - 45 - 46 - 47 - 49 53- 58 - 59 - 60 - 63 - 65 - 68 - 70 - 74 - 75 - 76 - 77 - 82 - 86 - 90 I04 - I09- II5 - II8 - I24 - I25 - I27 - I29 -) .

Ils ont été notés d'importance moyenne dans 59 Cas (Obs n°- 4 - 7 8- 9 - I0- II - I5 - I6 - I7 - I8 - I9 - 2I - 28 - 29 - 3I- 32 - 35 - 38 39 - 4I - 48 - 50 - 5I - 54 - 55- 67- 78 - 79 - 80 - 8I- 83 - 84 - 85 -87 88 - 89- 9I- 92 - 93 - 95- 96 - 98- 99- I00- I0I - I02 - I03 - I05 - I08 II0- II2 - II4 - II6 - II9- I20. -I2I - I22 - I26 - I28).

Ils ont été minimes dans 26 cas (Obs n°- I- 3 - I2- I3- I4 - 22 24- 26- 36- 4I- 42- 44- 57- 6I- 62- 66- 69- 7I- 73- 94- 97- I06 - I07- III II3- II7).

Quelle est l'origine de ces troubles ?

Nous avons essayé d'analyser, si ces troubles respiratoires pouvaient être expliqués par une atteinte importante laryngée, par une atteinte importante du parenchyme pulmonaire (notamment par la présence d'images radiologiques évocatrices) ou enfin par des troubles de la fonction respiratoire survenant chez des enfants par ailleurs comateux .

a) LES LARYNGITES

Des signes de laryngite, évidents, ont été mentionnés chez 24 malades (Obs nº I- 2- 5- I2- I5- 2I- 25 -30 46- 58- -65 - 67 - 77- 8I- 86- 88- 93- 98- I00- I05- II0-II6- II7 I28).

Ces laryngites ,en dehors de 2 cas (96- II0) où elles sont survenues en même temps que le début de l'éruption , se sont manifestées au delà du 3e jour de l'éruption ce qui souleve l'hypothèse d'une surinfection .

C'est ainsi que dans 7 Observations (Nº 2- 5- I5- 25- 46- 65- I05) on notait en même temps une hyperthermie et une hyperleucocytose. Dans les autres cas le décés étant survenu le jour même de l'hospitalisation, la preuve de l'hyperleucocytose n'a pu être faite .

En concomitance avec ces laryngites, il y avait toujours un tableau d'insuffisance respiratoire aigue mais dans 6 cas ce tableau était particuliérement sévére et chez 8 malades, on notait l'éxistense d'atteinte parenchymateuse appréciable : (Obs 58- 65- 67-77 93- I05-II7-I28).

Toujours dans ce cadre des laryngites 7 malades ont présenté des troubles de conscience importants ou des convulsions (I2- I5 30- 46- 8I- 98- II6).

Un de nos malades (Obs I28) a subi une tachéotomie . Il est décédé au bout de 6 jours .

I8 autres sont morts le jour même de leur admission , 4, le lendemain, I autre au 3e jour et un autre enfin au 4 e jour de l'hospitalisation .

b) SIGNES D'ATTEINTE PARENCHYMATEUSE

Il a été difficile de faire l'analyse des signes cliniques mentionnés dans les dossiers aussi, nous avons tenté cette analyse essentiellement à partir des données radiologiques .
En effet, la plupart des malades ont eu un cliché thoracique dès leur entrée (I06 malades) .
Ceux qui n'en ont pas eu sont décédés dés l'entrée .
Nous avons noté des images anormales dans 77 cas, soit un pourcentage de 72 % .
L'interprétation de ces anomalies nous a paru dans un certain nombre de cas bien difficile .
Dans 54 cas, il s'agissait d'anomalies diffuses, faites de surcharge hilaire ou d'opacités hilo-diaphragmatiques, le plus souvent bilatérales.
Quelques fois,il s'agissait d'opacités granulo-réticulées .
Toutes ces images entrent dans le cadre du poumon rougeoleux.

En effet il est difficile de retenir ces images pulmonaires comme pouvant être à l'origine d'insuffisance respiratoire aigue.

Il reste dont 23 cas où il existe des anomalies radiologiques qu'on peut considérer comme trés importantes et sortant du cadre du poumon rougeoleux .

Ces anomalies étaient de divers types :

Dans un cas (obs 78) nous avons constaté l'existence d'un pneumothorax partiel mais important du poumon gauche.

Dans 3 cas (obs nº 20- 4I- 75-) Il y a eu des images bilatérales nodulaires et bulleuses, diffuses, évoquant une staphylococcie pulmonaire.

Des opacités segmentaires ont été constatées dans 4 cas (obs nº 4 -23-80- II5).

Un aspect pommelé diffus, bien important était présent chez II malades (Obs nº 3- 7- I0- II- I2- 27- 40- 48- 76- 93- 99- I28).

Nous n'avons jamais observé d'images pleurales.

Ces manifestations d'atteinte parenchymateuse importante concidaient avec une insuffisance respiratoire aigue .Dans tous les cas.

Dans I2 cas l'insuffisance respiratoire aigue était trés sévére (Obs : 20- 23- 27- 30- 40- 4I- 68- 75- 76- 82- II5- II8).

Dans I0 cas elle était moyenne (4 -7-I0- II- 48- 78- 93- 99- I28).

Chez les 2 derniers enfin, elle était minime.

De cette analyse des manifestations respiratpires, il ressort qu'il existe souvent un contraste frappant, entre,la pauvreté des signes cliniques et le peu d'importance des images radiologiques, et un tableau d'insuffisance respiratoire aigue sévére.

B.- LES SIGNES D'ATTEINTE DU SYSTEME NERVEUX

Ce chapitre comprend l'analyse successive.

- des troubles de la conscience
- des convulsions
- des paralysies.

1 - Les troubles de la conscience :

On entend ainsi les perturbations importantes et durables de la conscience.

Ces troubles ont été dénombrés dans 84 cas

soit an pourcentage de 65 %

Dans 23 cas

(obs. N° 15- 24- 26- 30- 34- 36- 37- 42- 49- 64- 66- 68- 81- 82- 84 86- 98- 102- 108- 112- 118- 121- 124)- Le coma était profond avec plafonnement du regard, perte des reflexes cornéens et pupillaires et aucune réponse au pincement.

Dans les autres cas : (1- 2- 5- 6- 8- 9- 12- 13- 14- 16- 17- 19- 20- 22- 25- 27- 28- 29- 32- 33- 35- 39- 41- 44- 46- 47- 50- 52- 53- 54- 55- 56- 59- 60- 62- 63- 70- 73- 74- 79- 80- 83- 90- 92- 94- 95- 99- 100- 103- 104- 106- 111- 113- 114- 115- 116- 117- 119- 120- 122- 128 129) - Ces troubles étaient moins importants (torpeur, obnibulation...

.../...

Ces troubles de la conscience étaient associés à des convulsions dans 33 cas, et à une insuffisance respiratoire aiguë dans 52 cas.

Dans 22 cas (obs. N° 33- 37- 28- 46- 47- 54- 55- 64- 70- 74- 80- 83- 84- 98- 100- 102- 104- 108- 114- 117- 119- 121). Ces troubles étaient associés en même temps à des convulsions et à une insuffisance respiratoire aiguë.

LES CONVULSIONS

Les convulsions étaient présentes dans 44 cas (obs. 8- 9- 11- 12- 13- 16- 19- 24- 28- 30- 32- 33- 36- 37- 43- 44- 46- 47- 48- 51- 52- 54- 55- 57- 64- 66- 70- 74- 71- 80- 83- 84- 97- 98- 100- 102- 104- 108- 111- 116- 117- 119- 121- 123). Ce qui fait un pourcentage de 34 %.

Le type et l'intensité de ces convulsions étaient variables allant de simples secousses cloniques localisées à un membre jusqu'à la grande crise convulsive typique.

Dans 32 cas les crises étaient généralisées mais intermittentes survenant à plusieurs reprises chez le même malade.

Dans 3 cas un véritable état de mal a emporté le malade.

Dans 3 autres cas la convulsion s'est manifestée par des mouvements cloniques des membres inférieurs. Dans un autre cas ces mouvements se sont limités au membre supérieur droit et chez un autre malade elles ont concerné le membre supérieur gauche.

.../...

Enfin chez 4 malades il y avait une hypertonie des quatres membres.

39 de ces malades présentaient une hyperthermie supérieure à 39 degrés.

Il faut souligner aussi que des paralysies étaient concomitantes avec ees convulsions chez 5 malades (obs. N° 16- 46- 102- 104- 117).

3 - LES PARALYSIES

Un déficit moteur a été observé chez 9 de nos malades (obs. N° 3- 16- 26- 46- 86- 102- 104- 117- 122).

- Dans deux cas ce déficit s'est manifesté par une hémiparésie faciale, déviation conjuguée des yeux.

- Dans un cas nous avons noté l'existence d'une paralysie flasque du membre inférieur gauche.

- Un strabisme convergent était présent chez 4 malades, des troubles pupillaires à tupe de myosis ou mydriase chez 3 autres.

- Enfin un babinski toujours bilatéral a été trouvé chez 3 malades.

Ces manifestations motrices sont survenues chez des malades en coma profond dans 3 cas et dans 4 autres cas il y avait des troubles de la conscience avec manifestations d'insuffisance respiratoire aiguë

4 - LE SYNDROME MENINGE BIOLOGIQUE

La ponction lombaire a été pratiquée presque systématiquement chez 26 de nos malades (obs. N° 2- 3- 4- 28- 32- 41- 45- 58- 52- 55- 56- 57- 64- 66- 71- 77- 80- 81- 84- 97- 102- 103- 111- 116- 117- 128).

- Le symdrome biologique a été quasi-normal chez 20 malades.

- Dans 3 cas, le taux d'albumine était supérieur à 0,50 (0,59 g - 0,97 g - 0,98 g) mais les autres constantes étaient normales

- Le taux de chlorures ne s'est jamais abaissé au-dessous de 6,50 g.

- Quant aux éléments chez un seul de nos malades le nombre a atteint 460 avec 80 % de polynucléaires. Ce nombre est redevenu normal après 3 jours de traitement. Chez un autre le nombre d'éléments était de 52 et enfin chez un autre de 4 éléments.

La glycorachie n'a pas été notée.

Enfin signalons que parmi ces malades qui ont présenté une des constantes anormales il y a eu 5 qui ont été sujets à des convulsions.

3- LES SIGNES HEMODYNAMIQUES

Ces enfants observés, présentaient souvent .

des manifestations hémodynamiques circulatoires .

Les signes circulatoires que nous avons retenus sont :

- La tachycardie

- Les anomalies tensionnelles

- Le refroidissement des extrémités.

Ils ont été notés chez 77 de nos malades

a) La tachycardie a été le signe le plus fréquemment mentionné , c'est ainsi que 70 malades ont présenté une accélération notable du pouls.

Cette accélération a dépassé les I40 pulsations par minute, dans 59 cas soit 83 % . Dans quelques cas (6) le chiffre atteint était de 200 / minute.

Dans 8 cas l'accélération a été chiffrée entre I00 à I40 et dans 3 cas entre 80 et I00 .

Dans 52 cas, cette tachycardie était concomitante d'une hyperthermie égale ou supérieure à 39 °=

Dans I0 cas le malade était dans le coma , avec insuffisance respiratoire aigue (Obs : I6- 26- 27 -9I- I03- II0 - au I02). Ou , avec convulsions (II6 - II8- I2I).

b) LES ANOMALIES [illegible]

Ont été beaucoup moins notées . Dans II Cas seulement, la tension a été portée .

Nous avons eu une hypotension dans 6 cas (Obs n° 43 62 - 8I -95 I07 - I29).

Un collapsus a été constaté chez 5 malades (Obs n° 49 - 77 - 89 II4 - II8).

Chez I malade (Obs n° 6) en même temps que des vomissements on a noté des selles noirâtre avec épistaxis .

c) LE REFROIDISSEMENT DES EXTREMITES :

Il a été relevé chez 9 malades (Obs I, 2, I5 , 37 , 43, 49, 62,77 8I) . Quatre d'entre eux étant dans le coma, deux ont présenté une deshydratation aigue , deux autres malades une hypotension et enfin I malade était en insuffisance respiratoire aigue.

Il nous a paru interessant de noter que des troubles digestifs d'importance notable à type de diarrhée ou de vomissements, ou des deux, ont été présents chez 50 malades .

Dans I3 cas (Obs n° I- 2- 8- I4- 22- 38- 39- 50 - 6I- 77- 85 90- II4) il en est résulté une déshydratation aigue .

Tous ces signes hémodynamiques ont été le plus souvent observés chez des malades en insuffisance respiratoire aigue ou présentant des troubles de la conscience et des convulsions.

b) LES ANOMALIES [illegible]

Ont été beaucoup moins notées . Dans II Cas seulement, la tension a été portée .

Nous avons eu une hypotension dans 6 cas (Obs n° 43 62 - 8I -95 I07 - I29).

Un collapsus a été constaté chez 5 malades (Obs n° 49 - 77 - 89 II4 - II8).

Chez I malade (Obs n° 6) en même temps que des vomissements on a noté des selles noirâtre avec épistaxis .

c) LE REFROIDISSEMENT DES EXTREMITES :

Il a été relevé chez 9 malades (Obs I, 2, I5 , 37 , 43, 49, 62,77 8I) . Quatre d'entre eux étant dans le coma, deux ont présenté une deshydratation aigue , deux autres malades une hypotension et enfin I malade était en insuffisance respiratoire aigue.

Il nous a paru interessant de noter que des troubles digestifs d'importance notable à type de diarrhée ou de vomissements, ou des deux, ont été présents chez 50 malades .

Dans I3 cas (Obs n° I- 2- 8- I4- 22- 38- 39- 50 - 6I- 77- 85 90- II4) il en est résulté une déshydratation aigue .

Tous ces signes hémodynamiques ont été le plus souvent observés chez des malades en insuffisance respiratoire aigue ou présentant des troubles de la conscience et des convulsions.

LES MANIFESTATIONS HEMORRAGIQUES

Dans 5 cas (Obs : 8 - 42 - 53 - 90- 105) des manifestations hémorragiques à type d'epistaxis, melenas ou hématémèses ont été observées et ceci en dehors des ecchymoses et pétéchies qui ont existé dans tous les cas mais à des degrés variables.

- Dans tous ces cas aussi , ces hémorragies ont précédé de quelques heures seulement le décés.
- Un de ces malades était dans un coma profond .
- Un autre était en état de mal convulsif
- Enfin dans les 3 autres cas une insuffisance respiratoire aigue était présente, chez l'un deux, on notait une laryngite aigue, et chez les deux autres des signes pulmonaires importants .

5 - LES SIGNES INFECTIEUX -

Pour les signes infectieux, nous nous sommes basés sur deux éléments :

- Cliniquement sur l'hyperthermie
- Biologiquement sur l'hyperleucocytose

a) L'hyperthermie a été présente chez 89 de nos malades soit 68 % des cas .

- Elle a été supérieure à 39° chez 80 malades .
- Chez 53 malades, des images radiologiques importantes pourraient faire penser à une surinfection pulmonaire.
- 23 autres malades se trouvaient dans le coma.
- Chez 4 autres enfin l'hémoculture , est revenue positive au staphylocoque doré pathogène.

b) L'hyperleucocytose

Elle a été présente dans 40 cas, sur les 44 fois où l'hemogramme a été pratiqué , ce qui fait un pourcentage de 93 %.

- Chez 7 malades l'hyperleucocytose a été inférieure à I0 .000, chez 22 autres elle était comprise entre I0 000 et 20 000 , et enfin elle a dépassé 20 000 blancs chez I2 malades.

Si l'hyperleucocytose et en faveur de l'infection il y a 2 cas cependant où elle peut être cause d'erreurs : lorsqu'il existe un collapsus ou s'il y a un état de mal convulsif .

- Malgré tout , on peut penser à la lumière de ces résultats, que la surinfection joue un rôle non négligeable dans l'évolution vers la forme mortelle.

III - P R O N O S T I C D'ENSEMBLE

Dans ce chapitre, nous ferons d'abord un bilan en étudiant successivement :

- la date du décès
- le mécanisme de la mort

Puis nous tenterons de tirer quelques conclusions.

1 - DATE DU DECES

1 - DATE DU DECES

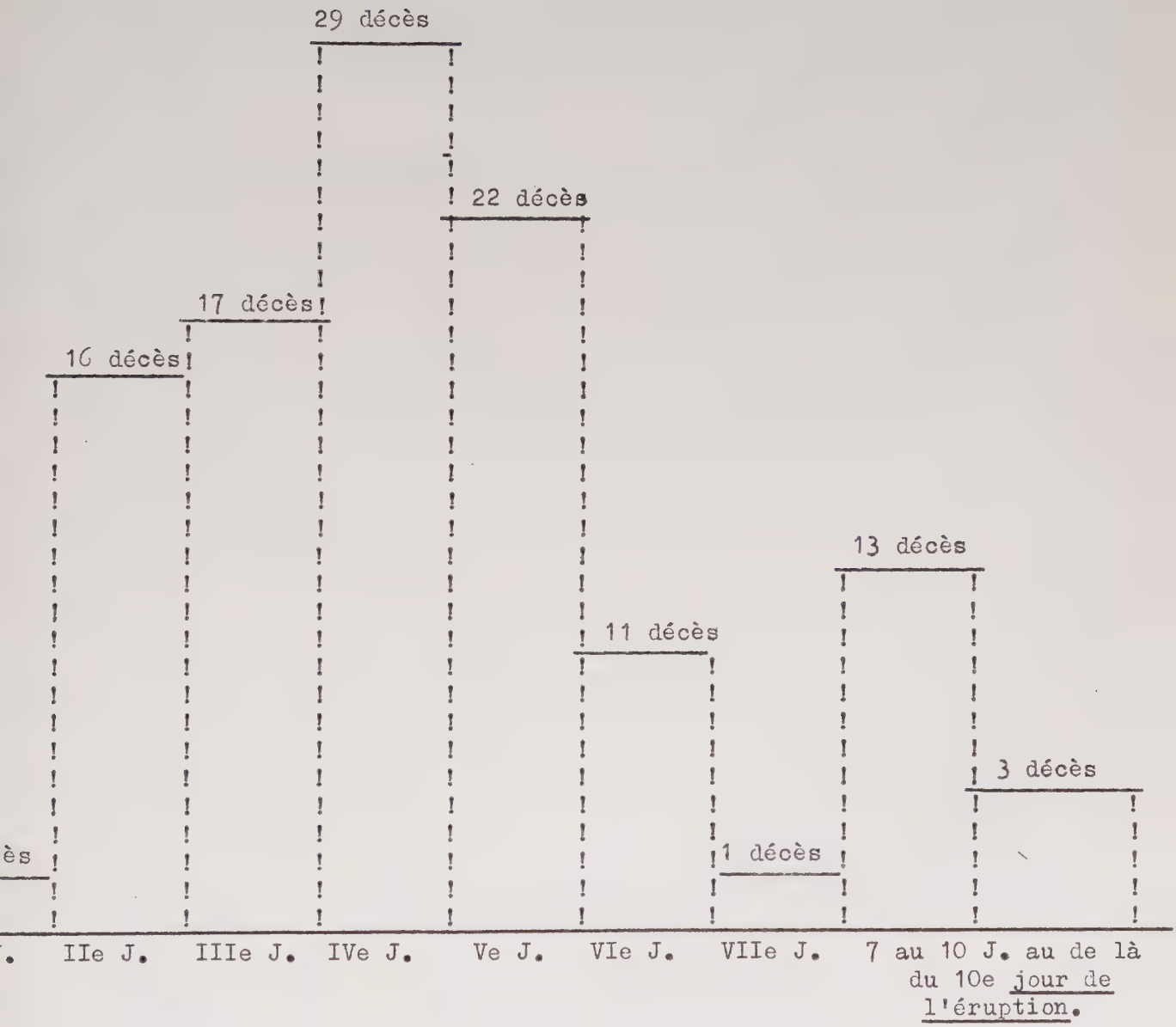
DATE DU DECES PAR RAPPORT AU DEBUT DE L'ERUPTION

Il nous a paru intéressant d'établir la date du décès par rapport au début apparent de la maladie mais en fait le début n'a pas été souvent noté, alors nous nous sommes basés sur le début de l'éruption qui a été plus fréquemment mentionné.

Dans le tableau N° 6 nous avons donc établi le décès des rougeoles par rapport au début de l'éruption.

TABLEAU N° 6

DECES DES ROUGEOLES PAR RAPPORT AU DEBUT DE L'ERUPTION



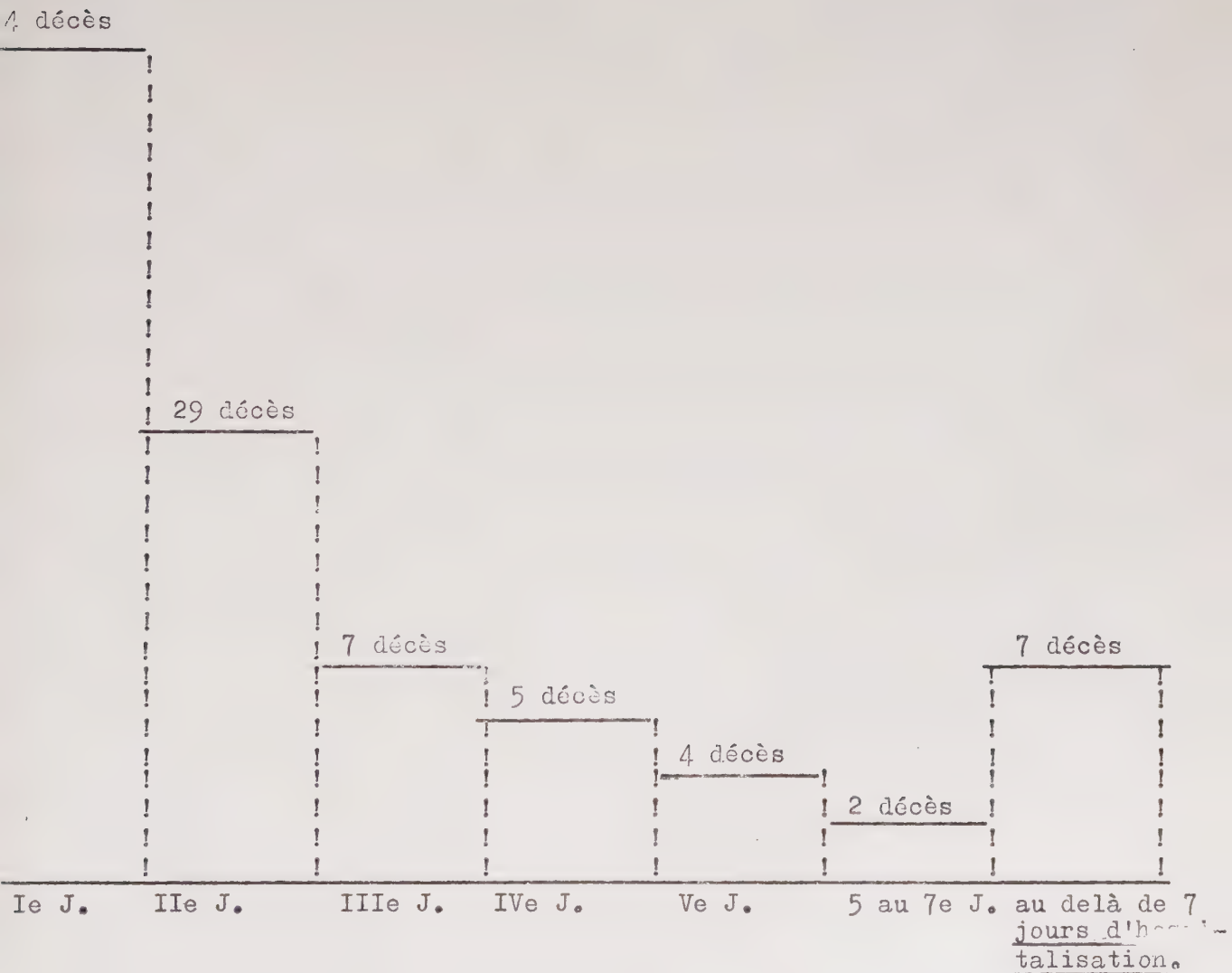
De ce tableau il ressort que 97 malades sur 114 signalés soit 85 % sont décédés en pleine phase éruptive.

Il y a eu 68 décès soit 59 % de cas entre le 2° et le 4° jour de l'éruption.

TABLEAU N° 7

Dans ce tableau nous avons mentionné la date du décès par rapport à la date d'hospitalisation.

DECES des ROUGEOLES par rapport à la date d'HOSPITALISATION



79 décès soit plus de 61 % ont eu lieu le premier jour.

Après analyse de ces deux tableaux, il résulte que ces décès sont intervenus en pleine phase éruptive et, très souvent dès le début de l'hospitalisation ce qui laisse supposer que les malades arrivent dans un état extrêmement grave.

MECANISME DE LA MORT

Au terme de cette étude nous pouvons avancer les conclusions suivantes :

- La plupart des enfants sont décédés dans des conditions à peu près identiques.

Il s'agissait surtout de nourrissons, qui se sont présentés en pleine phase éruptive, hospitalisés tôt, dans leur maladie et qui sont arrivés presque toujours, dans un état dramatique, avec insuffisance respiratoire aiguë sévère, cyanose -extrême, troubles de la conscience, convulsions.

La plupart donc, des enfants, sont décédés en insuffisance respiratoire aiguë sévère. Mais quel est le mécanisme exact de cette insuffisanne respiratoire ?

Si dans certains cas l'existence d'une laryngite ou l'existence de grosses lésions parenchymateuses peut l'expliquer, dans un certain nombre de cas il est difficile d'en préciser le mécanisme exact.

MECANISME DE LA MORT

Au terme de cette étude nous pouvons avancer les conclusions suivantes :

- La plupart des enfants sont décédés dans des conditions à peu près identiques.

Il s'agissait surtout de nourrissons, qui se sont présentés en pleine phase éruptive, hospitalisés tôt, dans leur maladie et qui sont arrivés presque toujours, dans un état dramatique, avec insuffisance respiratoire aiguë sévère, cyanose -extrême, troubles de la conscience, convulsions.

La plupart donc, des enfants, sont décédés en insuffisance respiratoire aiguë sévère. Mais quel est le mécanisme exact de cette insuffisanne respiratoire ?

Si dans certains cas l'existence d'une laryngite ou l'existence de grosses lésions parenchymateuses peut l'expliquer, dans un certain nombre de cas il est difficile d'en préciser le mécanisme exact.

De même, chez les enfants comateux, il est souvent très difficile de faire la part du retentissement cérébral d'une insuffisance respiratoire ou du retentissement respiratoire d'un coma convulsif.

Qu'il s'agisse de complications broncho-pulmonaires ou qu'il s'agisse de complications proprement neurologiques, la mort elle même est presque toujours dûe à une insuffisance respiratoire aiguë.

En dehors même de l'insuffisance respiratoire, il semble que d'autres facteurs associés peuvent être cause de décès c'est ainsi que dans 5 cas (obs. N° 31-56-69-72-73) Les causes invoquées ci-dessus n'ont pas été trouvées, peut être s'agit il là de troubles métaboliques ou de spoliation de la masse sanguine par hémorragie importante.

C O N C L U S I O N

De l'étude de ces 129 décès par rougeole on peut relever un certain nombre de conclusions:

- La rougeole demeure encore dans notre pays une des maladies les plus graves des enfants d'âge préscolaire et ce, malgré les antibiotiques.

- Elle est d'autant plus grave qu'il s'agit de nourrissons, et de nourrissons hypotrophiques, vivant en mauvaises conditions d'hygiène.

- Le tableau clinique réalisé est très souvent complexe fait de troubles de la conscience de convulsions, d'insuffisance respiratoire aiguë dont le primum-movens, est toujours difficile à établir.

Le décès survient en pleine phase éruptive dans la majorité des cas et dès les premiers jours de l'hospitalisation.

De tels faits posent deux problèmes : d'abord celui d'une prophylaxie toujours difficile à appliquer dans l'état actuel et dépendant des conditions socio-économiques de la famille algérienne ensuite celui d'une vaccination massive, qui, elle, est plus réalisable et amènera certainement un recul important de la mortalité rougeoleuse.

Vu le Président du Jury

Signé :

Vu le Doyen

Signé :

Vu et permis d'imprimer

//-)lger , le

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur

Signé :